

веществ, вызывающих одурманивание. – Москва, 1989. – С. 30-31

2 Катаев С.С., Смирнова И.Ю., Залесова В.А., Курдина Л.Н. Химико-токсикологический анализ каннабиноидов в моче методом хромато-масс-спектрометрии // СМЭ. – 2000. – №1. – С. 29

3 «Recommended methods for the Detection and assay of heroin cannabinoids, cocaine, amphetamine, metamphetamine and ring- substituted amphetamine derivatives in biological specimens. Manual for use by national laboratories. United nations». New York, 1995; 150-151

4 TDx FLx System. Operation Manyal – Abbot Park, IL. Abbot Laboratories, 1993

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

**А.А. НУРМУКАНОВА¹, М.К. ШАЛКАРБАЕВ¹,
С.Ж. КАКПЕНОВ²**

¹ҚР ДМ Сот медицинасы орталығының
Көкшетау филиалы,

²Ақмола облыстық наркологиялық
реабилитациялық орталық

ГАЗ ХРОМАТОГРАФИЯЛЫҚ ТӘСІЛМЕН НЕСЕПТЕ КАННАБИНОИДТАРЫ АНЫҚТАУ

Биологиялық материалдарда газ хроматографиялық тәсілімен 11 нор 9 карбокси тетрагидроканнабинолды ТКГ қышқылы анықтау тәсілдерінің түрлері көрсетілген. ТКГ қышқылын толық бөлуде сілті гидролизі ең ұтымды болып саналады.

S U M M A R Y

**A.A. NURMYKANOVA¹, M.K. SHALKARBAEV¹,
S.ZH. KAKPENOV²**

¹Kokshetau Branch of Forensic Medicine Center
under the Ministry of Healthcare
of the Republic of Kazakhstan,

²Akmola Regional Drug Rehabilitation Center

CHEMICAL TOXICOLOGICAL ANALYSIS CANNABI- NOIDS IN URINE BY THE METHOD OF GAS CHROMATO- GRAPHY

A simple method gas chromatography for detection of 11 nor 9 carboxy delta 9 tetrahydrocannabinol THC acid in biological material. Use of alkaline hydrolysis the optimal conditions for complete isolation of THC acid.

УДК 616.69-008.1:796.092

Г.П. КАСЫМОВА

Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

СПЕЦИФИКА ЛЕЧЕНИЯ ЭРЕКТИЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У СПОРТСМЕНОВ ВЫСОКОГО КЛАССА

Под наблюдением находились две группы мужчин с диагнозом: эректильная дисфункция. Первую группу составили мужчины, не занимающиеся спортом, вторую группу – спортсмены высокой квалификации. Пациенты получали психосексуальную терапию, физиотерапию, медикаментозную терапию. В обеих группах мужчин показатели после лечения были лучше, чем до лечения. Однако, в группе не спортсменов результаты лечения были лучше, чем у спортсменов, что связано с нарушением приема препаратов и процедур, большей частотой ИППП и высокой частотой беспорядочных половых контактов.

Ключевые слова: эректильная дисфункция, сексуальное здоровье, спортсмены, лечение.

Согласно статистическим данным, почти 40% мужчин в возрасте до 40 лет, 50% в 50 лет, не менее 60% в 60-летнем возрасте и порядка 70% в 70-летнем возрасте страдают теми или иными нарушениями половой функции, чаще всего – эректильной дисфункцией [1]. Это неизбежно ведет к конфликтной ситуации в семье и ссорам. Почти в 70% случаев разводов ведущую или одну из главных ролей играет сексуальный фактор.

Актуальность проблемы половых дисфункции неуклонно возрастает. По данным Р.В. Беледа, С.Ю. Калинин, С.С. Демиденко (2012), мужчины 25-45 лет, то есть, находящиеся в возрасте наибольшей сексуальной активности, составляют порядка 75% от всего числа пациентов, обратившихся за сексологической помощью [2]. Для «цветущего» мужского возраста сексологические нарушения являются тяжелейшим психотравмирующим фактором и почти всегда приводят к семейной или социальной дезадаптации.

Эректильную дисфункцию определяют как продолжительную (не менее 6 месяцев) неспособность мужчины достигать и поддерживать эрекцию, достаточную для удовлетворения сексуальной активности [3].

В настоящее время термин «эректильная дисфункция» в научной литературе полностью заменил ранее широко применявшийся термин «импотенция», что связано с негативным психологическим влиянием заболевания на больных, а также тем, что термин «эректильная дисфункция» более конкретно определяет имеющиеся нарушения.

Эректильная дисфункция – широко распространенное заболевание, поражающее примерно 150 миллионов мужчин по всему миру. В 1993 году согласительная комиссия Национального Института Здравоохранения оценила количество мужчин, страдающих эректильной дисфункцией в США, в 30 миллионов. Распространенность эректильной дисфункции в Европе также растет по мере старения населения. В то время как в 1995 году количество больных эректильной дисфункцией оценивалось в 31 миллион человек, к 2025 году ожидается ее увеличение до 43 миллионов, а в мире в целом предполагается рост числа больных с данной патологией с 152 до 322 за тот же период [4].

По данным Массачусетского Исследования Мужчин различного возраста (MMAS), проведенного в период с 1987 по 1989 годы, общая распространенность эректильной дисфункции среди мужчин в возрасте от 40 до 70 лет

составила 52%. Эректильная дисфункция легкой степени выраженности была выявлена у 17%, умеренная у 25% и тяжелая у 10% больных [5]. В другом эпидемиологическом исследовании, проведенном в США, в котором приняли участие 2115 мужчин в возрасте от 40 до 79 лет, общая распространенность эректильной дисфункции составила 11,6% [6].

В недавнем широкомасштабном исследовании, проводившемся в США, странах Европейского сообщества, а также в Мексике и Бразилии (MALES) и включавшем 27 838 мужчин в возрасте от 20 до 75 лет, жалобы на наличие эректильной дисфункции предъявили 16% опрошенных [7].

Основными факторами риска развития эректильной дисфункции являются сосудистые нарушения, такие как артериальная гипертензия, сахарный диабет, дислипидемия, ожирение, курение и малоподвижный образ жизни. Неблагоприятное влияние на вероятность развития эректильной функции оказывают возраст, неврологические и эндокринологические заболевания, и депрессия [8].

Наиболее широкое распространение получила патогенетическая классификация эректильной дисфункции. При этом выделяют психогенную и органическую эректильную дисфункцию, а в пределах последней – гормональную (эндокринную), нейрогенную и сосудистую (васкулогенную). Некоторые авторы упоминают также смешанную эректильную дисфункцию, при которой имеет место сочетание органических нарушений и психологических расстройств, однако следует отметить, что практически во всех случаях первично органической эректильной дисфункции имеет место выраженный психогенный компонент. Международное общество по исследованию импотенции (International Society of Impotence Research) рекомендует следующую классификацию эректильной дисфункции – ЭД [9]:

Психогенная ЭД.

Органическая ЭД.

1. Васкулогенная ЭД.

А. Артериогенная ЭД.

В. Веноокклюзивная (кавернозная) ЭД.

С. Смешанная ЭД.

2. Нейрогенная ЭД.

3. Анатомическая (структурная) ЭД.

4. Эндокринная ЭД.

Некоторые авторы также выделяют в качестве отдельной формы медикаментозную ЭД, под которой понимают нарушения эрекции, вызванные приемом медикаментозных препаратов.

Согласно данным большинства исследований наиболее частыми формами ЭД являются артериогенная и психогенная, преобладающая в группах больных старше и моложе 40 лет, соответственно [10].

Учитывая широкую распространенность ЭД не только среди мужского населения в целом, но и среди действующих спортсменов, в частности, нами проведено исследование специфики лечения данной патологии и эффективности терапии у мужчин, никогда не занимавшихся спортивной деятельностью, и действующих спортсменов высокой квалификации: заслуженный мастер спорта Республики Казахстан (РК), мастер спорта РК Международного класса, мастер спорта РК, кандидаты в мастера спорта.

Под наблюдением находились мужчины в активном сексуальном возрасте (25-35 лет) с диагнозом: эректильная дисфункция (ЭД), психогенная форма. Первую группу составили мужчины, не занимающиеся спортом (56 человек), контрольная группа. Во вторую группу вошли спортсмены высокой квалификации (62 человека)

со спортивной специализацией: плавание, водное поло, основная группа. Период наблюдения – 6 месяцев.

Обследование больных ЭД включало в себя диагностические мероприятия, а также специальные методы исследования, цель которых – точное определение патогенеза заболевания и клинической формы ЭД. У всех пациентов тщательно был проведен сбор общемедицинского и сексуального анамнеза, анкетирование, общий осмотр, лабораторные и функциональные исследования.

Во время визита к сексопатологу ведущим шагом к тактике ведения пациента с ЭД является сбор подробного соматического и психологического анамнеза, истории заболевания у больного и по возможности у его партнерши.

Важную информацию для определения этиологии заболевания, в нашем исследовании, так же как и в исследованиях подобного плана, играет оценка начала и течения заболевания. В данном случае, все обследованные мужчины указывали на острое начало заболевания, что характерно для психогенной ЭД. При сборе анамнеза были выяснены условия труда, жилищные условия, события и обстоятельства, которые могли стать причиной психической травматизации. При этом, наряду с выявлением психологических аспектов, способствующих или сопровождающих данное заболевание, установление общемедицинского анамнеза должно концентрироваться на наличии или отсутствии симптомов, связанных с расстройствами функционирования сосудистой, нервной или гормональной систем.

Особая роль при проведении диагностического процесса для установления формы ЭД принадлежит характеру взаимоотношений больного с партнершей, степень их открытости при обсуждении сексуальных проблем, отношению партнерши к имеющимся эректильным нарушениям, а также состоянию ее здоровья, так как эти факторы могут оказывать значительное влияние на психологическое состояние больного.

Для оценки состояния больного, а также для эффективности специфического лечения, нами использовалась анкета «Международный Индекс Эректильной Функции» (МИЭФ). Данная анкета состоит из 15 вопросов, по результатам ответов на которые можно оценить не только эректильную функцию, но и оргазмическую функцию, сексуальное желание, сексуальную и общую удовлетворенность пациентов. Состояние эректильной функции было оценено по ответам на 1-5-й и 15-й вопросы, так как остальные вопросы учитывали состояние копулятивной и других функций. При сумме баллов менее 11 устанавливался диагноз тяжелой ЭД, от 11 до 21 – ЭД средней степени тяжести, а от 21 до 26 – легкой степени ЭД.

Всем обследуемым мужчинам проводилось исследование гормонального статуса (уровень свободного тестостерона, пролактина, эстрадиола, гонадотропных гормонов), определялось содержание глюкозы в крови, а также оценивался липидный профиль крови. Наиболее информативными являлись показатели общего и свободного тестостерона, при этом последний был определен как непосредственно, так и рассчитан нами на основании данных о концентрации секс-гормонсвязывающего глобулина плазмы.

Учитывая, что тестостерон – основной мужской половой гормон, входящий в состав анаболических гормонов, и который не может использоваться при лечении ЭД у спортсменов, нами в двух группах больных были использованы следующие методы: психосексуальная терапия, физиотерапия и медикаментозные средства растительного происхождения.

Основным методом лечебного воздействия на этапе первичного обследования и лечения являлась рациональ-

ная психотерапия. При этом больному разъяснялся характер сексуальных нарушений, проводилась их коррекция с помощью успокоения, активной поддержки и соответствующих рекомендаций. В процессе психотерапевтического лечения было достигнуто изменение отношения больного не только к тому или иному психотравмирующему событию, к самому половому расстройству, но и влияние на его личность. В процессе лечения сексопатологу необходимо было объяснить механизм происхождения и развития сексуальных нарушений, убедить больного в обратимости болезненных проявлений в процессе лечения и в наличии возможностей для нормальной половой жизни. Особое место при оказании психотерапевтической помощи больным с ЭД было уделено способу коррекции поведенческих программ, основанному на нейролингвистическом программировании.

Специфические особенности сексуальной патологии у мужчин позволяют сочетанное применение психотерапии, физиотерапевтических методов лечения и медикаментов. В качестве физиотерапевтических процедур пациенты с ЭД получали чередующиеся курсы монотерапии: баромассажа или воздействие методом локального отрицательного давления (ЛОД) на половой член (12–15 сеансов); сегментарный баромассаж пояснично-крестцового отдела позвоночника и паравертебральной области с общей продолжительностью сеанса 12–15 минут и количеством сеансов на один курс лечения – 10–12.

В основе полового влечения и сексуального удовлетворения мужчин выделяют либидо, эрекцию, эякуляцию и оргазм. Учитывая, что регуляция эрекции и эякуляции, как единых рефлекторных актов, осуществляется на уровне вегетативной нервной системы, поэтому их коррекция может быть успешно проведена методами лазерорефлексотерапии. Лазеротерапия осуществлялась путем воздействия лазера на корпоральные точки с экспозицией 20–60 секунд и на аурикулярные точки с экспозицией 10–30 секунд. Курс лечения составлял 12–14 ежедневных процедур.

Возрастающий интерес к фитотерапии наметился после того, как научные исследования показали, что в некоторых клинических случаях применение лекарственных трав может быть эффективным в лечении различного рода сексуальных дисфункций у мужчин. В данном исследовании были использованы следующие растительные препараты: йохимбин гидрохлорид – (индолы алкалоид, получаемый из коры дерева Йохимбе) в таблетках в виде коротких курсов (до 10 дней), курс лечения составляет не более двух раз в течение шести месяцев; спеман (комплексный растительный негормональный препарат) в таблетках, курс лечения 3 месяца. Лечение также проводилось импазой, действующем веществом которого являлись антитела к эндотелиальной NO-синтазе в сверхмалых дозах, пациенты получали препарат через день в течение 3-х месяцев. В комплексном лечении также использовались биологически активные добавки, содержащие цинк.

После проведения лечения эффективность терапии определялась по оценке сексуального статуса с помощью анкеты «Международной анкеты эректильной функции» (МИЭФ). До лечения средний балл показателя «эректильная функция» МИЭФ у не спортсменов (контрольная группа) составлял $18,92 \pm 3,42$; в группе спортсменов (основная группа) «эректильная функция» был равен $18,72 \pm 1,69$. Через 6 месяцев после лечения средний балл показателя «эректильная функция» у не спортсменов был равен $23,2 \pm 5,21$; у спортсменов высшего класса $21,9 \pm 5,35$.

При этом у мужчин, не занимающихся спортом

(контрольная группа), эффективность лечения оценена следующим образом: отличная (главным образом в связи с достижением значения показателя «эректильная функция» 25 и более баллов) – 40,2%; хорошая – 20,6%, удовлетворительная – 29,8%, без эффекта – 9,4%. Вместе с тем, результативность комплексного лечения ЭД у спортсменов высокой квалификации (основная группа) была отражена в нижеследующих показателях: отличная эффективность – 32,7%, хорошая – 16,1%, удовлетворительная – 30,6%, без эффекта – 20,6%.

Следовательно, в обеих группах мужчин показатели после лечения были лучше, чем до лечения. Однако, в группе не спортсменов результаты лечения были выше, чем у спортсменов, что, по нашему мнению, связано с нарушением приема препаратов и процедур вследствие частых тренировочных сборов и соревнований, большей частотой ИПП и высокой частотой беспорядочных половых контактов. В то же время проведенное исследование продемонстрировало положительную динамику показателя «эректильная функция» МИЭФ как результат комплексного лечения психогенной формы эректильной функции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Mc. Kinlay J.B. The worldwide prevalence and epidemiology of erectile dysfunction. / Int. J. Impot. Res., 2000. – Vol. 12 (suppl.). – P. 6-10
- 2 Беледа Р.В., Калинин С.Ю., Демиденко С.С. Практическая сексология: Руководство для врачей. – Калуга: Изд-во АКФ «Политоп», 2012. – 188 с.
- 3 NIH Consensus Development Panel on Impotence: NIH Consensus Conference. Impotence. JAMA. – 1993. – Vol. 270. – P. 83-90
- 4 Mc. Kinlay J.B. The worldwide prevalence and epidemiology of erectile dysfunction. Int. J. Impot. Res. – 2000. – Vol. 12 (suppl.). – P. 6-10
- 5 Feldman H.A., Goldstein I., Hatzichristou D.C. et al. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. J.Urol. – 1994. – Vol. 151. – P. 54-61
- 6 Pfnsner L.A., Rhodes T., Girman C.J. et al. Sexual function of men ages 40 to 79 years: the Olmsted Country Study of Urinary Symptoms and Health Status Among Men. J. Am. Geriatr. Soc. – 1995. – Vol. 43. – P. 1107-1111
- 7 Rosen R.S., Fisher W.A., Eardley I. et al. The multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) study: Prevalence of erectile dysfunction and related health concerns in the general population. Curr. Med. Opin., 224. – Vol. 20. – P. 607-617
- 8 Kubin M., Wagner G., Fugl-Meyer A.R. Epidemiology of erectile dysfunction. Int. J. Impot. Res. – 2003. – Vol. 15. – P. 63-71
- 9 Lizza E.F., Rosen R.S. Definition and classification of erectile dysfunction: Report of the Nomenclature Committee of the International Society of Impotence Research. Int. J. Impot. Res. – 1999. – Vol. 11 – P. 141-143
- 10 Melman A., Gingell J.C. The epidemiology and pathophysiology of erectile dysfunction. J.Urol. – 1999. – Vol. 161. – P. 5-11

ТҰЖЫРЫМ

Г.П. КАСЫМОВА

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медициналық университеті, Алматы қ.

ЖОҒАРЫ КЛАССТЫ СПОРТСМЕНДЕРДІҢ ЭРЕКТИЛЬДІ ДИСФУНКЦИЯСЫН ЕМДЕУ ЕРЕКШЕЛІГІ

Бақылауға эректильді дисфункция диагнозымен (ЭД) 25-35 жастағы ерлер алынды. Бірінші топты спортпен айналыспайтын (56) ерлер құрады. Екінші топқа жүзу, сүңгуірлік

спортпен маманданған жоғары білікті спортсмендер кірді. Бақылау кезеңі – 6 ай.

Ем жүргізілгеннен кейін, терапияның тиімділігі халықаралық эректильдік функция индексіне сәйкес сексуальдық статусын бағалау бойынша анықталынды. Екі топтағы ерлердің көрсеткіштері ем алуға дейінгі кезеңге қарағанда ем алғаннан кейін жақсарған. Дегенмен, спортсмендерге қарағанда спортпен айналыспайтындардың ем нәтижелері жоғары болды. Спортсмендердегі бұл көрсеткіштің нашар болуы препараттарды қабылдау және процедураның бұзылыстарымен, жыныстық жолмен берілетін жұқпалардың жоғары жиілігімен және жыныстық қатынастардың жоғары жиілігімен байланысты.

SUMMARY

G.P. KASYMOVA

*Kazakh National medical university
n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty c.*

SPECIFICS OF TREATMENT OF ERECTILE DYSFUNCTIONS OF HIGH-CLASS ATHLETES

Under supervision there were men of 25-35 years with the diagnosis: erectile dysfunction (ED). The first group was made by the men who aren't going in for sports (56 people). The second group included athletes of high qualification (62 persons) with sports specialization: swimming, water polo. The supervision period – 6 months.

After carrying out our treatment, efficiency of therapy was determined by an assessment of the sexual status according to the international index of erectile function. In both groups of men indicators after treatment were better, than before treatment. However, in group of non athletes results of treatment were higher than athletes that is connected with violation of an administration of drugs and procedures, bigger frequency of infections sexually transmitted and high frequency of chaotic sexual contacts.

ДОРОГУ ОСИЛИТ ИДУЩИЙ

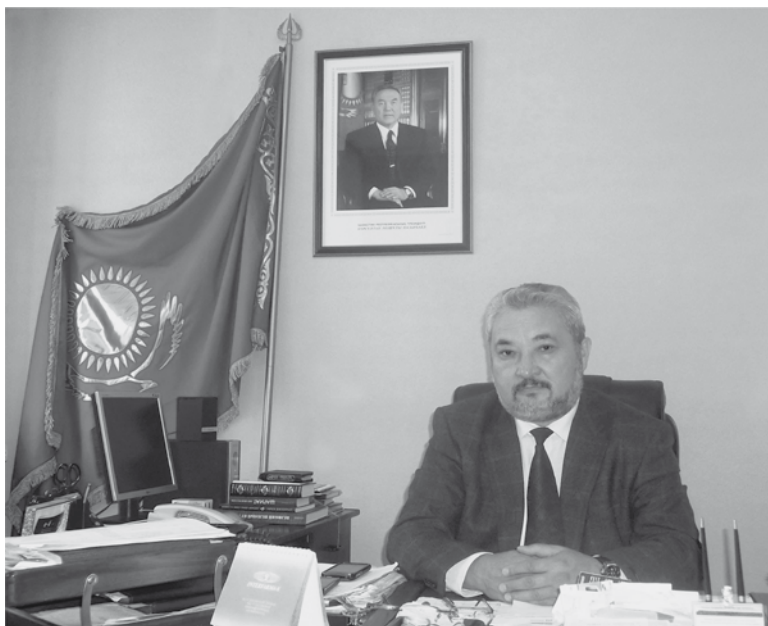
ЖИГИТАЕВ ХАЙРУЛЛА ТУКАНОВИЧ

(к 60-летию со дня рождения)

6 марта 2013 года исполняется 60 лет со дня рождения и 35 лет трудовой деятельности директору КГКП «Восточно-Казахстанский областной центр крови», организатору здравоохранения высшей квалификационной категории, внештатному врачу-трансфузиологу Управления здравоохранения Восточно-Казахстанской области Хайрулле Тукановичу Жигитаеву.

Х.Т. Жигитаев родился в с. Лесная Пристань Зырянского района Восточно-Казахстанской области, в семье лесоруба. В 1970 году поступил на лечебный факультет Семипалатинского государственного медицинского института. В студенческие годы активно занимался спортом, в составе сборной команды Семипалатинского государственного медицинского института неоднократно занимал призовые места на городских, областных, республиканских соревнованиях по борьбе «самбо». В 1977 году после окончания интернатуры приступил к трудовой деятельности врачом-инфекционистом в МСЧ пос. Белоусовка Глубоковского района Восточно-Казахстанской области.

Как организатор здравоохранения, свою трудовую деятельность начал в самом большом районе Восточно-Казахстанской области, в марте 1983 году Хайрулла Туканович был назначен заведующим районной поликлиники Зырянского района с возложением обязанности главного врача сельской участковой больницы с. Парыгино. В декабре 1983 года был назначен главным врачом ЦРБ Зырянского района. Для улучшения качества оказания медицинской помощи сельскому населению в то время под его руководством было построено новое здание для ЦРБ и четыре типовых врачебных амбулаторий с оснащением современным медицинским оборудованием и полным укомплектованием медицинскими кадрами. С февраля 1987 года работал главным врачом Сere-



брянской центральной больницы. Внес большой вклад по развитию материально-технической базы сельского здравоохранения и привлечению молодых врачебных кадров для работы в районе. Активно проводил общественную работу, неоднократно избирался депутатом районного совета народных депутатов Зырянского и Сereбрянского районов.

С марта 1992 года, в порядке служебного перевода, был назначен заведующим отделом здравоохранения Восточно-Казахстанской областной администрации. В этой должности проработал до ноября 1998 года. В 1986 году прошел подготовку на курсах резерва руководящих кадров здравоохранения при Центральном институте усовершенствования врачей г. Москвы. Проходил повышение квалификации по организации здравоохранения в США, принимал участие в семинарах по менеджменту в страховой медицине в Англии и США. Работая в долж-